

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

**“FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA -
2017”.**

PIURA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

**“FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA -
2017”.**

PRESENTADA POR:

LOZADA ARELLANO, HEIDY AYSSA

PIURA – PERÚ

2018




UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

**“FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA -
2017”.**

 _____ DR. OJEDA GALLO PEDRO PRESIDENTE	
 _____ DR. CABREDO CASTRO GABRIEL SECRETARIO	 _____ DR. CUNYA CELI SEGUNDO VOCAL

PIURA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

**“FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA -
2017”.**

DR. JAVIER LA MADRID RÁZURI

ASESOR

LOZADA ARELLANO HEIDY

AUTORA

PIURA – PERÚ

2018



"ACREDITACIÓN, COMPROMISO DE TODOS"
Universidad Nacional de Piura Facultad de Cs. de la Salud
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS




Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, reunidos para calificar el Proyecto de Sustentación de Tesis de la señorita; **HEIDY AYSSA LOZADA ARELLANO**, denominado "**FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL I NUESTRA SEÑORA LAS MERCEDES DE PAITA - 2017**". Lo declaran:

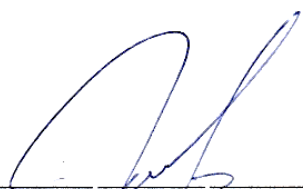
APROBADO

En consecuencia, queda en condiciones de ser calificado APTO por el Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Piura, y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**, de conformidad con el Art. 171 del Estatuto de la Universidad Nacional de Piura.

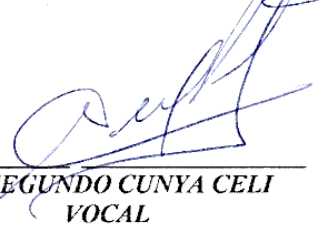
Piura, 20 de marzo del 2018



DR. PEDRO OJEDA GALLO
PRESIDENTE



DR. GABRIEL CABREDO CASTRO
SECRETARIO



DR. SEGUNDO CUNYA CELI
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por ser el centro de mi vida, por permitirme llegar a este momento y guiar mi camino principalmente en los momentos difíciles.

A mis padres, Flor y Marco, por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

A mi abuelita, Magdalena, por ser pilar fundamental y el motor que me impulsa a seguir adelante día a día.

A mis hermanos, James y Juninho; porque a pesar de las diferencias hemos compartido innumerables momentos que nos han ayudado a crecer día a día.

A mi amiga, Karen; por ser una parte importante en mi vida, por sus consejos y su amistad incondicional

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por la vida, por la bendición de tener una familia y el valor para luchar cada día por mis metas.

A mi familia, por ser mi apoyo incondicional, por estar a mi lado en cada etapa de mi vida y por creer en mí en los momentos más difíciles.

A mi amiga Karen, por estar siempre a mi lado principalmente en los momentos difíciles a lo largo de ésta etapa universitaria.

A mis maestros y docentes, por las enseñanzas brindadas a lo largo de toda la carrera.

Al personal del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, por todas las enseñanzas, consejos, por la confianza brindada a lo largo de mi internado médico.

Factores de riesgo para el parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017

Marzo, 2018

Bach. Heidy Ayssa Lozada Arellano

Tesis para optar el título de Médico Cirujano a la Escuela de Medicina Humana

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo para el parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, en el año 2017. Se llevó a cabo desde la perspectiva metodológica cuantitativa, diseño observacional de caso-control, no pareado, retrospectivo en 381 gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia con 86 gestantes en el grupo de los casos (edad gestacional < 37 semana) y en los controles 295 gestantes (edad gestacional \geq 37 semanas y < 42 semanas). Ambos grupos fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se utilizó el programa estadístico Stata versión 12.0. En el análisis bivariado se utilizó la prueba chi² y exacta de Fisher; para el análisis de múltiples variables, se utilizó la regresión logística, de donde se derivaron los Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) al 95%. En los resultados, se encontró que los factores estadísticamente significativos asociados con el parto pretérmino fueron: edad materna adolescente (ORa=8.843, $p<0.001$), procedencia (ORa=0.351, $p=0.019$), antecedente de sangrado (ORa=19.77, $p<0.001$), antecedente del parto pretérmino (ORa=97.229, $p<0.001$), infección del tracto urinario (ORa=3.357, $p=0.004$), RPM (ORa= 11.694, $p<0.001$) y anemia (ORa=2.459, $p=0.043$). Se concluyó que la edad materna adolescente, procedencia, antecedente de sangrado, antecedente del parto pretérmino, infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas y anemia, fueron los factores asociados a parto pretérmino en el Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita.

Palabras clave: factores de riesgo, parto prematuro.

Factores de riesgo para el parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017

Marzo, 2018

Bach. Heidy Ayssa Lozada Arellano

Tesis para optar el título de Médico Cirujano a la Escuela de Medicina Humana

ABSTRACT

The investigation was carried out with the objective of determining the risk factors for preterm delivery in pregnant women of the Hospital I Our Lady of the Mercedes de Paita, in the year 2017. It was carried out from the quantitative methodological perspective, observational case design- control, unpaired, retrospective in 381 pregnant women attended in the Gynecology and Obstetrics Service with 86 pregnant women in the group of cases (gestational age <37 weeks) and in controls 295 pregnant women (gestational age ≥ 37 weeks and <42 weeks) . Both groups were selected by simple random sampling. The Stata statistical program version 12.0 was used. The chi2 and Fisher's exact test were used in the bivariate analysis; for the analysis of multiple variables, logistic regression was used, from which the Odds Ratio (OR) and Intervals of Confidence (CI) were derived at 95%. In the results, it was found that statistically significant factors associated with preterm delivery were: adolescent maternal age (ORa = 8,843, $p < 0.001$), provenance (ORa = 0.351, $p = 0.019$), history of bleeding (ORa = 19.77, $p < 0.001$), antecedent of preterm birth (ORa = 97.229, $p < 0.001$), urinary tract infection (ORa = 3.357, $p = 0.004$), RPM (ORa = 11.694, $p < 0.001$) and anemia (ORa = 2.459, $p = 0.043$). It was concluded that the adolescent maternal age, origin, antecedent of bleeding, antecedent of the preterm birth, urinary tract infection, premature rupture of membranes and anemia, were the factors associated with preterm delivery in the Hospital I Our Lady of Mercedes de Paita.

Key words: risk factors, premature delivery.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE DE TABLAS.....	12
DATOS GENERALES.....	13
1.1. Título	13
1.2. Autora.....	13
1.3. Asesor.....	13
1.4. Tipo de investigación	13
1.5. Facultad.....	13
1.6. Escuela Profesional	13
1.7. Lugar de Estudio	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	16
1.2. Formulación del problema.....	19
1.3. Objetivos de investigación.....	19
1.3.1. Objetivo General	19
1.3.2. Objetivos Específicos	19
1.4. Justificación de la investigación.....	20
1.5. Alcances y limitaciones de la investigación.....	21
CAPÍTULO II	22
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	22
2.1. Antecedentes de la investigación.....	22
2.2. Bases teóricas y definiciones conceptuales.....	26
2.2.1. Epidemiología:.....	26
2.2.2. Definición de Parto pretérmino	26
2.2.3. Patogénesis del parto pretérmino espontáneo	27
2.2.4. Clasificación	27
2.2.5. Etiología	28
2.2.6. Factores de riesgo.....	28
2.2.7. Evaluación clínica	33

2.2.8.	Pruebas diagnósticas.....	33
2.2.9.	Tratamiento.....	34
CAPÍTULO III.....		36
3.	HIPÓTESIS	36
3.1.	Formulación de hipótesis.....	36
CAPÍTULO IV		37
4.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
4.1.	Tipo, nivel y diseño de la investigación.	37
4.1.1.	Tipo de investigación	37
4.1.2.	Diseño de la investigación	37
4.2.	Población y muestra.	37
4.3.	Variables.....	40
4.4.	Operacionalización de variables.	41
4.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	43
4.6.	Procedimientos de análisis e interpretación de datos	43
4.6.1.	Procesamiento de datos	43
4.6.2.	Interpretación de datos	44
4.6.3.	Análisis de datos	44
4.7.	Aspectos éticos	44
CAPÍTULO V		45
5.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
CAPÍTULO VI.....		54
6.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	54
CAPÍTULO VII		57
7.	CONCLUSIONES	57
CAPÍTULO VIII.....		58
8.	RECOMENDACIONES.....	58
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
10.	ANEXOS.....	67
10.1.	Instrumentos para la recolección de datos (ANEXO 1).....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°01: Partos atendidos en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017	39
Tabla N°02: Gestantes de la muestra atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017	41
Tabla N°03: Partos pretérminos según la edad gestacional en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017	42
Tabla N°04: Incidencia de los factores de riesgo para parto pretérmino en puérperas del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017	43
Tabla N°05: Análisis bivariado para parto pretérmino en puérperas del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017	45
Tabla N°06: Factores asociados para parto pretérmino en puérperas del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017	46

DATOS GENERALES

1.1. Título

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
HOSPITAL I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA – 2017

1.2. Autora

HEIDY AYSSA LOZADA ARELLANO

Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura

1.3. Asesor

- Dr. JAVIER LA MADRID RÁZURI
- Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela profesional de Medicina Humana.
- Médico Gineco-Obstetra del Hospital de Apoyo II - Santa Rosa

1.4. Tipo de investigación

- Por su alcance: Temporal y Retrospectivo
- Por la secuencia: Transversal
- Por el análisis y alcance de los resultados: Casos y controles
- Por la participación del investigador: Observacional

1.5. Facultad

CIENCIAS DE LA SALUD

1.6. Escuela Profesional

MEDICINA HUMANA

1.7. Lugar de Estudio

HOSPITAL I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) como el nacimiento que tiene lugar desde las 22 semanas hasta antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-caudal; causadas por varias condiciones clínicas que ocurren en la gestación actual o en gestaciones anteriores.^{1, 14, 15}

A nivel mundial, se ha observado el incremento de la incidencia del parto pretérmino, aproximadamente 15 millones de nacimientos prematuros ocurren anualmente y 1,1 millones mueren por complicaciones asociadas a la prematuridad.^{2, 5, 6} La tasa de mortalidad perinatal es del 75%, excluyendo las malformaciones congénitas y aproximadamente el 50% se relacionan con problemas neurológicos postnatales asociados a la prematuridad. En América Latina, los niños menores de 5 años, mueren debido a por complicaciones del nacimiento prematuro, siendo la tasa de mortalidad infantil en Perú de 19.6%^{1, 7}

Sabemos que el parto pretérmino se ha asociado con múltiples factores^{3, 11, 12}, como lo son el antecedente de tener un parto pretérmino, la anemia²², el consumo de tabaco³⁵, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, el sangrado transvaginal, la infección del tracto urinario²⁷, el control prenatal inadecuado³⁰, el embarazo adolescente²⁹, tener una edad materna mayor de 35 años²⁰, el polihidramnios, el antecedente de aborto, el embarazo gemelar. Pero a pesar los diversos estudios que se han realizado, su etiología aún no ha sido determinada en su totalidad.²⁴

Ante la importancia del tema a investigar, se plantea un estudio retrospectivo de casos y controles que permita determinar los factores de riesgo para parto pretérmino con mayor relevancia en la población de Paita, principalmente en las gestantes atendidas en el Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, con la finalidad de contribuir a la reducción del parto pretérmino mediante las medidas preventivo-promocionales de la salud.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

El parto pretérmino o prematuro se refiere al término de la gestación antes de las 36,6 semanas (280 ± 15 días) y luego de las 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-caudal.^{1, 2, 3, 4} El parto prematuro es una causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal, cuya frecuencia es alrededor de la 34 y 36.6 semanas de gestación. Debido a que ha incrementado la incidencia, la prematuridad se ha convertido en un problema en el ámbito de la Salud Pública y en el mayor desafío de la Medicina Perinatal.^{1, 3}

A nivel mundial, se ha observado el incremento de la incidencia del parto pretérmino, aproximadamente 15 millones de nacimientos prematuros ocurren anualmente y 1,1 millones mueren por complicaciones asociadas a la prematuridad. El rango de tasas de recién nacidos pretérmino en 184 países del mundo va de 5 % al 18 %, y más del 80% de estos nacimientos ocurren entre las 32 semanas y 37 semanas de edad gestacional.⁹ De lo anterior se concluye que la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años.^{2, 5, 6}

En África y Asia se concentran aproximadamente 11 millones de partos prematuros, lo que significa un 85% de todos los nacimientos; sin embargo en otros continentes como Europa y América del Norte (no se incluye México) se registraron aproximadamente 0,5 millones en cada caso, mientras que en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. El parto pretérmino es un problema de salud

perinatal a nivel mundial y las tasas de prematuridad más altas se dieron en África con un 11.9% y en América del Norte con un 10,6% de todos los nacimientos; mientras que las tasas más bajas se registraron en Europa con un 6,2%.⁶

Entre los 10 países con mayor cantidad de nacimientos pretérmino, se encuentra la India en primer lugar con aproximadamente 3 519 100 y en segundo lugar China con 1 172 300 nacimientos prematuros. Mientras que la incidencia en E.E.U.U es de 7,4%, y Japón 4%.^{6, 7}

Aproximadamente 35,000 niños y niñas fallecen anualmente en América Latina debido a complicaciones relacionadas con la prematuridad. De todos los países, Brasil es quién encabeza la lista con el mayor registro de recién nacidos que mueren por complicaciones asociadas al parto prematuro en la región, con 9.000 cada año, en segundo lugar se encuentra México con 6.000, en tercer lugar se ubica Colombia con 3.500, luego Argentina con 2.400, Venezuela con 2.200, Perú con 2.000, Guatemala con 1.900, Bolivia con 1.600, Ecuador con 1.500 y Honduras con 1.100.⁷

La tasa de mortalidad perinatal es del 75%, excluyendo las malformaciones congénitas y aproximadamente el 50% se relacionan con problemas neurológicos postnatales asociados a la prematuridad. En América Latina, los niños menores de 5 años, mueren debido a por complicaciones del nacimiento prematuro, siendo la tasa de mortalidad infantil de 27.2% y 27.1%, de Costa Rica y Chile, respectivamente; Argentina, 26.0%; Venezuela, 24.6%; Honduras 24% y Paraguay 23.9%; Colombia, 23.1 %; Brasil, 21.9 %; Nicaragua, 20.6 %; Ecuador y Perú, 19.7% y 19.6% por ciento respectivamente; México, 18.5%; Uruguay,

17.6%; El Salvador, 17.5%; Panamá, 15.9%; Bolivia, 15.3 %; y Guatemala, 12.6%. ^{1, 7}

En el Perú, durante el año 2015, del total de nacidos vivos, el 6,5% nació pretérmino; y el mayor porcentaje se encuentra dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8%), es decir aquellos que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación.

Entre las regiones donde se registra el porcentaje más alto de recién nacidos muy prematuros, se encuentran Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%); mientras que en la región de Amazonas (6%) representa el porcentaje más alto del grupo de los prematuros extremos.⁸

Sabemos que el parto pretérmino se ha asociado con múltiples factores ^{3, 11,12}, como lo son el antecedente de tener un parto pretérmino, la anemia²², el consumo de tabaco³⁵, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, el sangrado transvaginal, la infección del tracto urinario²⁷, el control prenatal inadecuado³⁰, el embarazo adolescente²⁹, tener una edad materna mayor de 35 años²⁰, el polihidramnios, el antecedente de aborto, el embarazo gemelar. Pero a pesar los diversos estudios que se han realizado, su etiología aún no ha sido determinada en su totalidad.²⁴

Si se logran conocer los factores de riesgo más frecuentes que se asocian al parto pretérmino, se podrían implementar medidas de prevención en cada uno de los

diferentes niveles en salud pública; con el fin de evitar o disminuir la prematuridad y sus complicaciones. Todo esto trae como beneficio la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal, además de los gastos económicos que se necesitan para el cuidado adecuado de un recién nacido prematuro.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son los factores asociados para el desarrollo del parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, durante el año 2017?

1.3. Objetivos de investigación.

1.3.1. Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, en el año 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar si los factores sociodemográficos (edad materna, nivel de instrucción y procedencia) son factores de riesgo para el parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, en el año 2017.
- Determinar si los antecedentes obstétricos (número de controles prenatales, antecedente de sangrado en el I trimestre y el antecedente de parto pretérmino) son factores de riesgo para el parto pretérmino en

gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, en el año 2017.

- Identificar si las patologías asociadas a la gestación (Infección del tracto urinario, preeclampsia, RPM y anemia) son factores de riesgo para el parto pre término en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, en el año 2017.

1.4. Justificación de la investigación.

Es evidente que el parto prematuro no es sólo un problema materno sino también neonatal, y se asocia con una alta tasa de morbilidad y mortalidad a corto y largo plazo.⁹

Los estudios han demostrado un incremento de aproximadamente un 30 % en los últimos 10 años de la incidencia de partos pretérmino por causas no claramente conocidas, esto ha generado que sea considerado un problema de salud pública. Debido a esto, los profesionales de la salud deben estar atentos al control prenatal, para poder identificar precozmente los factores de riesgo que presente la gestante y de esta manera intervenir de forma adecuada.^{9, 10}

Piura representa una de las más altas tasas de parto pretérmino, ocupando el 4° lugar a nivel nacional.³⁶ Un estudio realizado por Olivos L. (Piura, 2016), encontró que la edad materna añosa, el aborto previo, un control prenatal insuficiente, infección del tracto urinario, síndrome de flujo vaginal y ruptura prematura de membranas fueron factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II -2 Santa Rosa – Piura.³⁷

El presente trabajo se realizó en el Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes de Paíta, mediante ello se pretende contribuir al conocimiento sobre esta materia, para el beneficio de gestantes, neonatos y médicos intervinientes.

1.5. Alcances y limitaciones de la investigación.

El diseño de investigación a aplicarse, es de tipo retrospectivo, la limitación de este estudio se encuentra en la calidad de los datos obtenidos mediante la ficha de recolección. La información se obtendrá de historias clínicas seleccionadas que contengan toda la información requerida en función a las variables en estudio.

El tema a investigar cuenta con un adecuado acceso de información, como lo es el internet, las revistas, libros, entre otros.

Al ejecutarse la investigación no se atentará contra la ética del individuo, su finalidad será dar a conocer los factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino en el Hospital I Las Mercedes de Paíta.

El Proyecto de investigación reúne las características necesarias que aseguran el cumplimiento de sus objetivos.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación.

Internacionales:

Leal M. y colaboradores (Brasil, 2016), concluyeron que los factores socio-demográficos asociados fuertemente con el parto prematuro espontáneo fueron el embarazo adolescente, el año de escolaridad bajo, y la atención prenatal inadecuada. Otros factores de riesgo fueron anterior parto prematuro (OR=3,74), el embarazo múltiple (OR=16,42), desprendimiento prematuro de placenta (OR=2,38) y las infecciones (OR=4,89)⁴¹

Szymusik et. al. (Polonia, 2015) encontraron a partir de una investigación de casos y controles en una ciudad de Polonia en el año 2015, que el sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo se asoció con mayores tasas de posteriores partos pretérminos (OR = 2,11), considerándose como factor de riesgo importante.⁴²

Yamashita et. al. (Japón, 2015). En un estudio cuyo objetivo fue evaluar la incidencia y los factores de riesgo para el nacimiento prematuro, de tipo cohortes y retrospectivo que se llevó a cabo en cinco centros perinatales terciarios en Osaka, Japón desde 2008 hasta 2012, obtuvo como resultado que el principal factor de riesgo hallado en dicho estudio para un parto pretérmino. (Ora= 2,26) es el antecedente de un parto pretérmino. Se concluyó que proximadamente uno de cada seis mujeres con antecedente de parto prematuro espontáneo, sufría un nuevo parto prematuro.⁴³

Giacomin C, et. al. (Costa Rica, 2009), en su estudio titulado Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino, cuyo objetivo fue explorar si existe un vínculo entre la anemia durante el tercer trimestre de embarazo y el parto pretérmino. Éste estudio fue de casos y controles. Se obtuvo como resultado que la anemia es un factor de riesgo para el parto pretérmino (OR: 2.87).²²

Losa E. et. al. (España, 2006), realizaron un estudio denominado Factores de riesgo del parto pretérmino. Mediante un estudio retrospectivo, de casos y controles, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, encontraron que los antecedentes de parto pretérmino (OR=3.4) y abortos previos, la gestación múltiple (OR=28.1), las técnicas de reproducción asistida (OR=5.8) y la hospitalización con necesidad de tocólisis (OR=10.8) son factores de riesgo para el parto pretérmino.³⁴

Nacionales:

Miñano Reyes M. K. (Trujillo, 2016), en su estudio titulado Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente De Trujillo. Fue un estudio observacional, retrospectivo, de tipo analítico de casos y controles. Se obtuvo como resultado que el antecedente de control prenatal inadecuado fue factor de riesgo para parto pretérmino (OR=2.27).³¹

Guadalupe S.M. et. al. (Lima-Perú, 2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo que están asociados a parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. El estudio fue de tipo observacional, analítico, retrospectivo, con un diseño de casos y controles. Concluyeron que las edades extremas (OR: 4.218), la rotura prematura de membrana (OR: 2.681), el número de paridad, el tener menos de 6 controles prenatales (OR: 2.644), la preeclampsia, el estado civil (OR: 2.613) y la infección del tracto urinario (OR: 2.591) son factores de riesgo para el parto pretérmino.²⁴

Sam Fernández D. M, Zatta Córdor J. E. (Chiclayo, 2014) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes. Utilizando un diseño no experimental, estudio retrospectivo comparativo, de casos y controles. Encontraron que Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino fueron tener más de una pareja sexual, no tener control prenatal, condición de multípara y anemia moderada, ITU, Preeclampsia y RPM.³³

Romero A. y cols. (Perú, 2013) en un estudio realizado en Huancayo durante el 2013 cuya metodología fue de casos y controles, se determinaron como factores de riesgo el número de controles prenatales menores de seis (OR=3,75), ruptura prematura de membranas (OR=6,58), anemia (OR=2,51) y preeclampsia (OR=9,01).⁴⁴

Ahumada M, et. al. (Lima – Perú, 2011), realizaron un estudio que tuvo como finalidad determinar los factores de riesgo que se relacionan con el parto prematuro en un hospital de Lima Norte. Éste estudio fue de tipo retrospectivo y con diseño tipo caso-control no pareado. Obtuvieron como resultado que el embarazo gemelar actual (OR ajustado= 2,4), el antecedente de parto pretérmino (OR ajustado = 3.7), la preeclampsia (OR ajustado = 1,9), el tener menos de 6 controles prenatales (OR ajustado = 3,2) y el no tener ningún control prenatal (OR ajustado = 3,0) son factores de riesgo para el parto prematuro.²³

Chira JL, Sosa JL (Lambayeque, 2010). Mediante un estudio analítico, de casos y controles pareados de tipo retrospectivo, descriptivo comparativo, transversal en el que se analizaron las historias clínicas de nacimientos pretérmino atendidos de enero-diciembre 2010. Se obtuvieron como resultados que los escasos controles prenatales (OR=9.13), la anemia (OR=1.79) y el antecedente de parto pretérmino (OR=2.12) fueron factores preconcepcional de riesgo para parto pretérmino, mientras que la infección del tracto urinario (OR=2.68), la rotura prematura de membranas (OR=7.22), el embarazo múltiple (OR=11.28) y el oligohidramnios (OR=17.66) son factores de riesgo gestacional elevado para parto pretérmino.³²

Un estudio realizado por Olivos L. (Piura, 2016), encontró que la edad materna añosa, el aborto previo, un control prenatal insuficiente, infección del tracto urinario, síndrome de flujo vaginal y ruptura prematura de membranas fueron factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II -2 Santa Rosa – Piura.³⁷

2.2. Bases teóricas y definiciones conceptuales.

2.2.1. Epidemiología:

En el mundo, anualmente el 11,5 al 15 % de todos los partos se producen antes del término y un tercio de estos corresponden a la mortalidad neonatal; mientras que la mitad se relaciona a lesiones neurológicas a largo plazo de la infancia. Además el parto prematuro se asocia a una mayor frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria, a la enterocolitis necrotizante, a la hemorragia intraventricular, a la ceguera y a la pérdida de la audición.¹²

Los factores que se encuentran relacionados al parto pretérmino son diversos y en la literatura revisada se ha encontrado que los más frecuentes son la edad materna, la infección urinaria, la infección intrauterina, la enfermedad hipertensiva del embarazo, la rotura prematura de membranas, el desprendimiento prematuro de placenta, el tabaquismo, el embarazo múltiple y el embarazo en la adolescente.¹³

2.2.2. Definición de Parto pretérmino

El parto prematuro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) como el nacimiento que tiene lugar desde las 22 semanas hasta antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, causadas por varias condiciones clínicas que ocurren en la gestación actual o en gestaciones anteriores.^{14, 15}

Según la definición del Consenso F.A.S.G.O el parto pretérmino es aquel nacimiento que ocurre entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación.²

En el Perú, según la guía del MINSA del año 2010, considera un parto pretérmino a un recién nacido vivo que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas, sin tomar en cuenta el peso al nacer.¹⁶

2.2.3. Patogénesis del parto pretérmino espontáneo

La evidencia clínica y de investigación sugiere que un número de procesos patógenos puede dar lugar a una vía final común que resulta en trabajo de parto espontáneo. Los cuatro procesos principales son³⁸:

- La activación prematura del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal materno o fetal
- Respuesta inflamatoria exagerada e infección
- Desprendimiento (hemorragia decidual)
- Distensión uterina patológica

2.2.4. Clasificación

Se subdivide en función de la edad gestacional: ^{2, 3, 14}

- Extremadamente prematuros: menos de 28 semanas (5,2% de todos los <37 semanas; IC 95%: 5,1%-5,3%).
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas (10,4% de todos los <37 semanas; IC 95%: 10,3%-10,5%).

- Moderadamente prematuros: 32 a 36 semanas (84,3% de todos los <37 semanas; IC 95%: 84,1%-84,5%). En esta clasificación de moderadamente prematuros, se ha incluido a un subgrupo denominado, "prematuros tardíos" (34-36,6 semanas).

2.2.5. Etiología

La prematuridad rara vez se asocia a una sola causa, generalmente es de etiología multifactorial; con frecuencia es considerada consecuencia de tres entidades clínicas, y cada una de ellas, es responsable de aproximadamente un tercio de todos los partos pretérminos. Las cuales son: ¹

- Parto prematuro idiopático, que es el resultado del inicio espontáneo del trabajo de parto.
- La rotura prematura de membranas (RPM).
- Parto prematuro iatrogénico; es la interrupción de la gestación debido a patologías maternas y/o fetales.

Las complicaciones maternas y fetales causan el 15 y el 25% de los partos pretérmino. Las que presentan un mayor porcentaje son la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el polihidramnios.⁴

2.2.6. Factores de riesgo

Se define factor de riesgo a cualquier característica o circunstancia que se identifica en una persona o grupo de personas que se relacionan con la probabilidad estar expuesta a padecer una enfermedad o evento adverso.¹⁷

También un factor de riesgo, se puede definir como un "determinante que puede ser modificado por medio de la intervención y que por lo tanto permite reducir la probabilidad de que aparezca una enfermedad u otros resultados específicos. Para evitar confusión, se le puede referir como factor modificable del riesgo".¹⁸

Es importante conocer los factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino, con el fin de prevenir un nacimiento prematuro. Estos factores de riesgo se suelen dividir en factores sociodemográficos, relacionados a antecedentes obstétricos y a patologías maternas.¹⁷

2.2.6.1. Factores sociodemográficos

- **Edad materna:**

Los extremos de la vida reproductiva son posibles causales de diversas patologías perinatales, se considera que una edad menor de 20 años o mayores de 34 años, son factores de riesgo para un parto pretérmino. En el Perú se considera como riesgo una edad menor de 15 años y mayores de 34 años.²⁰

- **Nivel de instrucción:**

Un nivel de instrucción bajo está asociado a parto prematuro debido a que tiene que ver con la condición económica baja, y esto implica no contar con los recursos adecuados para la atención adecuada de la gestante.¹²

- **Procedencia:**

Se han clasificado en dos grupos en el presente trabajo de investigación: Urbano y urbano-marginal

En un estudio, realizado por Villamonte W. et al. Denominado Factores de riesgo del parto pretérmino; encontraron que al comparar los distritos de procedencia de las pacientes, se pudo observar que existió diferencia estadística entre aquellas provenientes de lugares considerados de clase social baja y alta ($P = 0,05$). Se halló un odds ratio de 2,52.²⁸

2.2.6.2. *Antecedentes obstétricos*

- **Número de controles prenatales:**

El control prenatal (CPN) adecuado se considera como medida protectora para prevenir el parto prematuro. En las últimas recomendaciones que nos han brindado los organismos internacionales, como lo son la OMS y National Institute for Health and Clinical Excellence, indican que un adecuado CPN significa que la paciente haya realizado al menos seis visitas. Esto es el resultado de diversas investigaciones, en las cuales no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a la morbilidad neonatal y materna, cuando se han logrado completar más de seis visitas; todo lo anterior se cumple siempre y cuando el resto de los indicadores de calidad se cumplan (primera visita antes de las 12 semanas, suplementos de ácido fólico antes de las 8 semanas y los análisis de sangre correspondientes).¹⁴

- **Antecedente de sangrado en el I trimestre:**

El sangrado durante el primer trimestre de la gestación es una de las principales causas de consulta en el servicio de emergencia, afectando al 15-25% de todos los embarazos; la mitad de éstos terminan en aborto y los otros parecen tener mayor riesgo de desarrollar complicaciones como abrupción de placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas (RPMO), parto pretérmino y bajo peso al nacer.³⁰

- **Antecedente de parto pretérmino:**

Se considera que el antecedente de parto pretérmino predispone al riesgo de otro nacimiento pretérmino, esto significa que a menos edad gestacional hay mayor riesgo de nacimiento prematuro.²⁰

2.2.6.3. Factores patológicos

- **Infección del tracto urinario (ITU):**

Es la presencia de signos y síntomas sugerentes que se asocian a invasión y multiplicación de organismos patógenos en la vía urinaria.¹⁹

- **Preeclampsia:**

Complicación médica del embarazo en mujer previamente normotensa con la nueva aparición de la hipertensión y proteinuria o disfunción de órgano final después de 20 semanas de gestación.

Cuyos criterios son:

- La presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg.
- La proteinuria $\geq 0,3$ gramos en una muestra de orina de 24 horas, o
- Signos de disfunción de órganos diana (recuento de plaquetas < 100.000 / microlitro, creatinina sérica $> 1,1$ mg / dl o duplicación de la creatinina sérica, las transaminasas séricas elevadas a concentración doble de lo normal.³⁹

- **Ruptura prematura de membranas (RPM):**

Rotura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto.⁴⁰

- **Anemia:**

Es una alteración en donde el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.¹⁹

La anemia durante la gestación es uno de los principales factores de riesgo, es decir, una mujer embarazada que presente anemia tiene una probabilidad de 16 veces más de tener un parto prematuro a comparación de una gestante con valores normales de hemoglobina.²⁰

2.2.7. Evaluación clínica

Según las guías del cuidado perinatal de la American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists los criterios de diagnóstico para definir un trabajo de parto prematuro son: ¹

- **Contracciones uterinas:**

Son contracciones dolorosas que se presentan 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, acompañadas de cambios cervicales.¹

- **Modificación del cérvix:**

Los cambios cervicales que nos indican un trabajo de parto prematuro son el borramiento cervical como mínimo de un 80% o una dilatación mayor o igual a 2cm.¹

2.2.8. Pruebas diagnósticas

- **Ecografía transvaginal y longitud cervical:**

Con la evaluación seriada del cuello uterino a través de la ecografía transvaginal entre las semanas 16 y 20 de gestación se puede predecir el parto prematuro antes de las 34 semanas en gestantes que tengan un alto riesgo.²

Un importante valor predictivo para parto pretérmino es la medición de la longitud cervical a través de la ecografía transvaginal; ya que a mayor acortamiento del cérvix, mayor es el riesgo de parto pretérmino espontáneo.^{1, 2}

Criterios ecográficos de riesgo de parto pretérmino: ²

- Longitud cervical menor de 25 mm antes de la semana 28 de gestación.
- Longitud cervical menor de 20 mm entre la semana 28 y 31,6.
- Longitud cervical menor de 15 mm a la semana 32 o más.

- **Test de fibronectina:**

La fibronectina fetal (FNF) la encontramos en las secreciones cérvico-vaginales. Ésta normalmente se eleva desde el inicio de la gestación hasta las 22 semanas, luego disminuye entre la semana 22 y 34. Un nivel igual o superior a 50ng/ml desde la semana 22 de gestación se ha asociado a un mayor riesgo de presentar un parto prematuro.²

2.2.9. Tratamiento

Entre las medidas generales de tratamiento en una paciente que presente un trabajo de parto prematuro son: hospitalización, reposo, hidratación, sedación, y evaluación materna y fetal.¹

- **Progesterona:**

Es conocida por ser la hormona responsable de mantener el embarazo. En la actualidad se conoce que en pacientes con antecedente de parto prematuro o con cuello uterino menor de 15mm, tratadas con esta hormona, se reduce en un 50% el riesgo de presentar un nuevo parto prematuro. Esto se cumple si la paciente recibió el

tratamiento aproximadamente entre las semanas 18 y 36 de gestación.¹

- **Terapia tocolítica:**

Los tocolíticos son fármacos que logran inhibir las contracciones uterinas.¹

Es la indicación principal para aquellas gestantes que se presentan una amenaza de parto pretérmino, con el fin de posponer el nacimiento al menos 48 horas, para llevar a cabo la maduración pulmonar con la administración de corticoides y así disminuir la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros.¹²

Los tocolíticos que son considerados de primera línea son los agentes betamiméticos y el antagonista selectivo de la oxitocina (atosibán).²

El fármaco que actualmente se utiliza para inhibir el trabajo de parto pretérmino es el nifedipino, ya que se ha demostrado su eficacia en diversos metaanálisis que han sido publicados, logrando prolongar la gestación sin ocasionar efectos colaterales tanto maternos como fetales.^{1, 14}

La dosis inicial del nifedipino es de 20 mg por vía oral, la cual se repite a los 20 minutos si la dinámica uterina persiste (máximo tres dosis). Si las contracciones uterinas ceden, entonces se indica Nifedipino en dosis de 10 mg cada 6 horas durante al menos siete días.¹

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS

3.1. Formulación de hipótesis.

Hipótesis alterna: Existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paíta en el año 2017.

Hipótesis nula: No existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paíta en el año 2017.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo, nivel y diseño de la investigación.

4.1.1. Tipo de investigación

- Por su alcance: Temporal y Retrospectivo
- Por la secuencia: Transversal
- Por el análisis y alcance de los resultados: Casos y controles
- Por la participación del investigador: Observacional.

4.1.2. Diseño de la investigación

El presente estudio presenta un diseño tipo observacional o no experimental, de casos y controles.

4.2. Población y muestra.

Población de estudio: Pacientes cuyo parto fue atendido entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre del año 2017 en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paíta, los cuales son un aproximado de 1368.

Unidad de análisis: Constituido por las historias clínicas de las gestantes que presentaron parto pretérmino y a término cuyo parto fue atendido entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre del año 2017 en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paíta.

Unidad de muestreo: Pacientes con recién nacido vivo pretérmino y a término entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre del año 2017 en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Marco muestral: Registro de datos del LIBRO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DE PARTO durante el año 2017 del Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita.

Tamaño de la muestra: Para el tamaño de la muestra se usó la fórmula de cálculo para poblaciones finitas:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)e^2 + Z^2pq}$$

n: muestra

N: población

Z: nivel de confianza

p: probabilidad de éxito

q: probabilidad de fracaso

e: error de muestra

Donde:

Z: nivel de confianza=1.96

p: probabilidad de éxito=50%

q: probabilidad de fracaso=50%

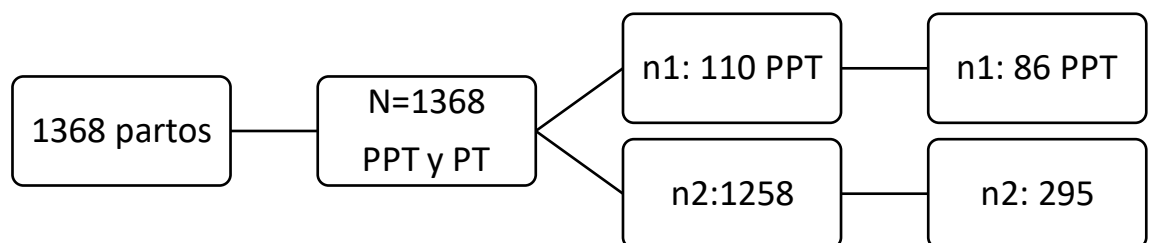
e: error de muestra=5%

Tamaño de muestra para los casos:

$$n1 = \frac{110 \times 1.96^2 (0.5)(0.5)}{(110 - 1)0.05^2 + 1.96^2 (0.5)(0.5)}$$
$$n1 = 85.68$$

Tamaño de muestra para los controles:

$$n2 = \frac{1258 \times 1.96^2 (0.5)(0.5)}{(1258 - 1)0.05^2 + 1.96^2 (0.5)(0.5)}$$
$$n2 = 294.47$$



Definición de casos y controles:

- Criterios de inclusión

GRUPO CASOS: Historia clínica de pacientes con parto pre término.

GRUPO CONTROL: Historia clínica de pacientes con parto a término.

Criterio de Inclusión para ambos grupos:

- Historia clínica de gestantes con datos completos considerados en el instrumento para la recolección de datos.
- Historia clínica de pacientes con embarazo único.

- Criterios de exclusión

Criterio de Exclusión

- Historia clínica de paciente con gestación no viable (feto muerto o malformaciones).

- Historia clínica de pacientes con antecedente de uso de tabaco, alcohol y otra sustancia.
- Historia clínica de paciente con diagnóstico de: Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, eclampsia, síndrome de Hellp, historia de cerclaje cervical, gestación múltiple.

4.3. Variables.

1. Sociodemográficas:
 - Edad materna
 - Nivel de instrucción
 - Procedencia
2. Antecedentes obstétricos:
 - Control prenatal (CPN)
 - Antecedente de parto pretérmino
3. Patologías asociadas:
 - Infección del tracto urinario
 - Preeclampsia
 - Ruptura prematura de membranas (RPM)
 - Anemia

4.4. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS O VALORES	CRITERIOS PARA VALORES FINALES
SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad materna	Edad de la madre en años	cualitativa	nominal	Tiempo de vida medido en años	adolescente añosa	Adolescente: 11-19 años Años \geq 35 años
	Grado de instrucción	Nivel de estudios de la madre	cualitativa	nominal	Sin estudios primaria secundaria superior	Sin estudios Primaria Secundaria Superior técnica	
	Procedencia	Lugar de procedencia de la madre	cualitativa	nominal	Urbano Urbano- marginal	Urbano Urbano-marginal	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Control prenatal	Número de visitas de evaluación en la gestación	cuantitativa	nominal	Control de su embarazo	Adecuado=1	\geq 6 CPN
						Inadecuado=0	< 6 CPN
	Antecedente de PP	Embarazo anterior que finalizó con PP	cualitativa	nominal	Hijos nacidos pretérmino	Si=1	\geq 1
						No=0	0
PATOLOGÍAS ASOCIADAS	ITU	Presencia de 10 o más leucocitos por campo diagnosticado por examen completo de orina. Presencia de 100000 o más UFC/ml de orina.	cualitativa	nominal	Mediciones de leucocitos en orina	Si=1 No=0	Menor o mayor a 10 Leucocitos por campo

	Preeclampsia	Aparición de HTA luego de la semana 20 del embarazo acompañada de proteinuria o signos de disfunción de órganos	cualitativa	nominal	Nivel de presión arterial sistólica y diastólica	Si=1 No=0	$\geq 140/90$ mmHg o $< 140/90$ mmHg
	Ruptura prematura de membranas (RPM)	Rotura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas y hasta 1 hora antes del inicio del trabajo de parto	cualitativa	nominal	Observación y consignado en la HC	Si = 1 No =0	
	Anemia	Cuadro caracterizado por disminución de masa eritrocitaria.	cualitativa	Nominal	Nivel de Hemoglobina	Si=1 No=0	Menor o mayor a 11mg/dl

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

- **ANÁLISIS DOCUMENTAL**

Revisión de historias clínicas seleccionadas tomando en cuenta los criterios de exclusión e inclusión.

- **INSTRUMENTO:** Ficha de recolección de datos (ANEXO 1)

4.6. Procedimientos de análisis e interpretación de datos

Prevía autorización concedida por la dirección del Hospital I Las Mercedes de Paita, se recurrió al libro de registro de atención de partos del servicio de Gineco-Obstetricia para la identificación de casos y controles.

Para determinar la edad gestacional, se consideró la ecografía del I trimestre registrada en la ficha prenatal y el examen físico del recién nacido o método de Capurro que se encontró en el libro de registros de parto del año 2017.

Los datos requeridos en función a las variables en estudio, se obtuvieron de las historias clínicas, se utilizó una ficha de recolección de datos como instrumento. Una vez completado la muestra requerida, los datos fueron almacenados en una base de datos del programa Microsoft Excel® 2013.

4.6.1. Procesamiento de datos

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel. Los datos almacenados se organizaron de acuerdo a la tres dimensiones (Factores sociodemográficos, antecedentes obstétricos y patologías asociadas), cada uno compuesto por variables dicotómicas. Estos datos se exportaron y procesaron estadísticamente en un computador personal, utilizando el paquete estadístico Stata versión 12.0.

4.6.2. Interpretación de datos

La interpretación se realizó en función a los resultados en la base de da. Posteriormente se procedió a redactar el informe final.

4.6.3. Análisis de datos

Para el procesamiento de la información, se utilizó el programa estadístico Stata versión 12.0. En el análisis univariado, por ser variables categóricas, se calcularon frecuencias y porcentajes.

En el análisis bivariado, se utilizó la prueba chi2 y exacta de Fisher para comparar dos variables categóricas verificándose previamente en función de los valores esperados. Además se obtuvo el Odds Ratio e Intervalo de Confianza (IC) al 95%.

Para el análisis multivariado se utilizó la regresión logística, de donde se consideraron todas las variables en el análisis bivariado. Se calculó los Odds Ratio Ajustados (OR) e Intervalo de Confianza (IC) al 95%. Se trabajó con un nivel de significancia de $p < 0.005$.

4.7. Aspectos éticos

La recolección de los datos será efectuada por el investigador y se mantendrá absoluta reserva del caso.

Para el presente estudio se tomará en cuenta la declaración de HELSINKI II (numerales 11,12 14,15, 22 y 23) y la ley general de salud (D.S 017 – 2006 – SA y DS 006-2007 SA)^{25, 26}

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Durante el año 2017 los partos atendidos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, fueron en su totalidad 1368. De los cuáles 110 fueron partos pretérmino y 1258 partos a término. La incidencia de parto pretérmino durante el año 2017 fue de 8,04 (Tabla N°01).

Tabla N°01: Partos atendidos en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital

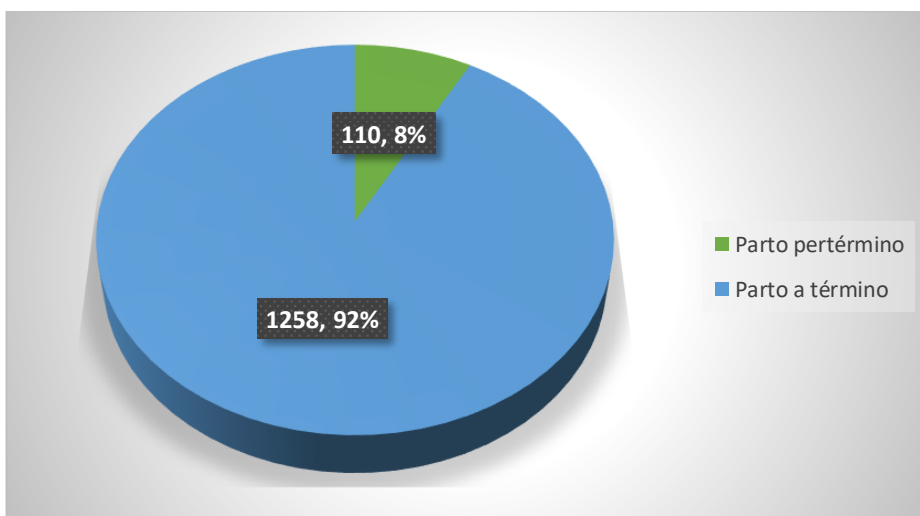
I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017.

PARTOS	n	%
Parto pretérmino	110	8,04
Parto a término	1258	91,95
Total	1368	100

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita

Gráfico N°01: Partos atendidos en el servicio de Ginecología y Obstetricia del

Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita

La muestra en el presente estudio estuvo conformada por 381 gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita con historia clínica de atención de parto entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del año 2017.

En la Tabla N°02 se presenta el porcentaje de pacientes que corresponde a los casos y controles, donde el 22,57% representan a aquellas con partos pretérminos (casos) y el 77,42% a las gestantes con parto a término (controles), correspondientes a la muestra de los partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita.

Tabla N°02: Gestantes de la muestra atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017

GESTANTES	n	%
Parto pretérmino	86	22,57
Parto a término	295	77,43
Total	381	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

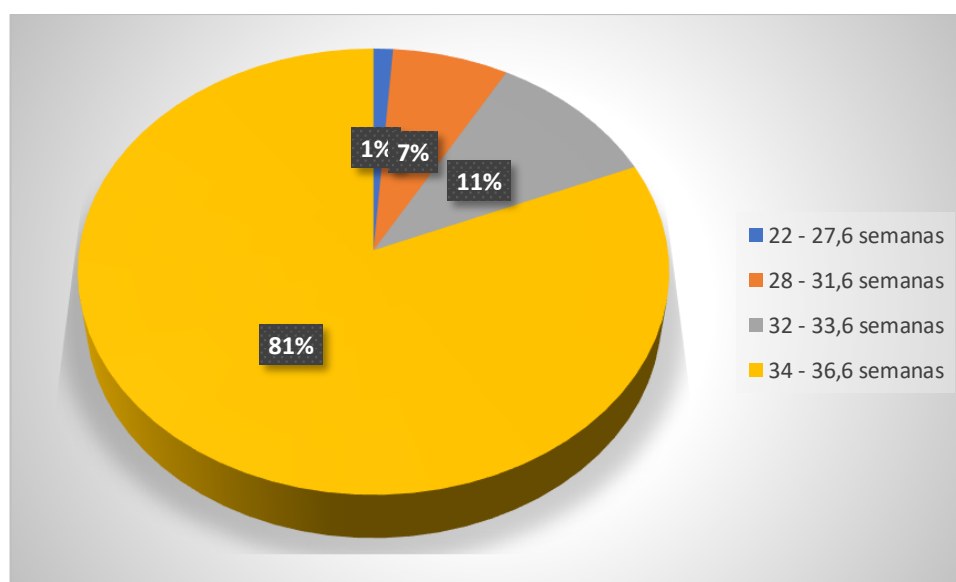
En la tabla N°03 se muestra que del total de historias clínicas revisadas 86 provienen de partos pretérminos (22,57%); de los cuales 1 es prematuro extremo (1,16%), 6 son muy prematuros (6,97%), 9 son prematuros moderado (10,46%) y 70 son prematuros tardíos (81,39%).

Tabla N°03: Partos pretérminos según la edad gestacional en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017

CLASIFICACIÓN	EDAD GESTACIONAL	n	%
Prematuro extremo	22 - 27,6 semanas	1	1,16
Muy prematuros	28 - 31,6 semanas	6	6,97
Prematuro moderado	32 - 33,6 semanas	9	10,46
Prematuro tardío	34 - 36,6 semanas	70	81,39
Total		86	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°02: Partos pretérminos según la edad gestacional en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°04 se presenta el porcentaje de incidencia de los factores de riesgo que corresponden a los casos y controles. Entre los factores demográficos, el factor de que más incide en los casos es la edad materna adolescente (62.79%) y en los controles es la procedencia urbana (84.41%). Entre los antecedentes obstétricos, el factor que más incide es el control prenatal (CPN) inadecuado, en los casos con 61.63% y en los controles es 38.64%. Y entre las patologías asociadas el factor que más incide es la Anemia, en los casos con 74.42% y en los controles con 53.90%.

Los principales factores que inciden en el grupo de los casos en primer lugar es la anemia (74.42%), en segundo lugar es la edad materna adolescente (62.79%) y en tercer lugar es la infección del tracto urinario (61.63%). En el grupo de los controles en primer lugar es la procedencia urbana (78.98%), luego la anemia (53.90%) y por último el control prenatal inadecuado (44.41%).

Tabla N°04: Relación entre los factores de riesgo con la presentación del parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017.

Características	Casos		Total	Controles		Total
	Si n (%)	No n (%)		Si n (%)	No n (%)	
Edad materna						
Adolescente	54 (62.79)	32 (37.21)	86	72 (24.41)	223 (75.59)	295
Añosa	10 (11.63)	76 (88.37)	86	33 (11.19)	262 (88.81)	295
Grado de instrucción						
Sin estudios	8 (9.30)	78 (90.70)	86	16 (5.42)	279 (94.58)	295
Primaria	37 (43.02)	49 (56.98)	86	130 (44.07)	165 (55.93)	295
Secundaria	40 (46.51)	46 (53.49)	86	129 (43.73)	166 (56.27)	295
Superior	0 (0)	86 (100)	86	19 (6.44)	276 (93.56)	295
Procedencia						
Urbano	39 (45.35)	47 (54.65)	86	233 (78.98)	62 (21.02)	295
Urbano-marginal	47 (54.65)	39 (45.35)	86	62 (21.02)	233 (78.98)	295
Antecedente de sangrado I	24 (27.91)	62 (72.09)	86	4 (1.36)	291 (98.64)	295
CPN inadecuado[≠]	52 (60.47)	34 (39.53)	86	131 (44.41)	164 (55.59)	295
Antecedente de parto pretérmino	27 (31.40)	59 (68.60)	86	2 (0.68)	293 (99.32)	295
ITU[‡]	53 (61.63)	33 (38.37)	86	107 (36.27)	188 (63.73)	295
Preeclampsia	26 (30.23)	60 (69.77)	86	15 (5.08)	280 (94.92)	295
RPM[§]	34 (39.53)	52 (60.47)	86	19 (6.44)	276 (93.56)	295
Anemia	64 (74.42)	22 (25.47)	86	159 (53.90)	136 (46.10)	295

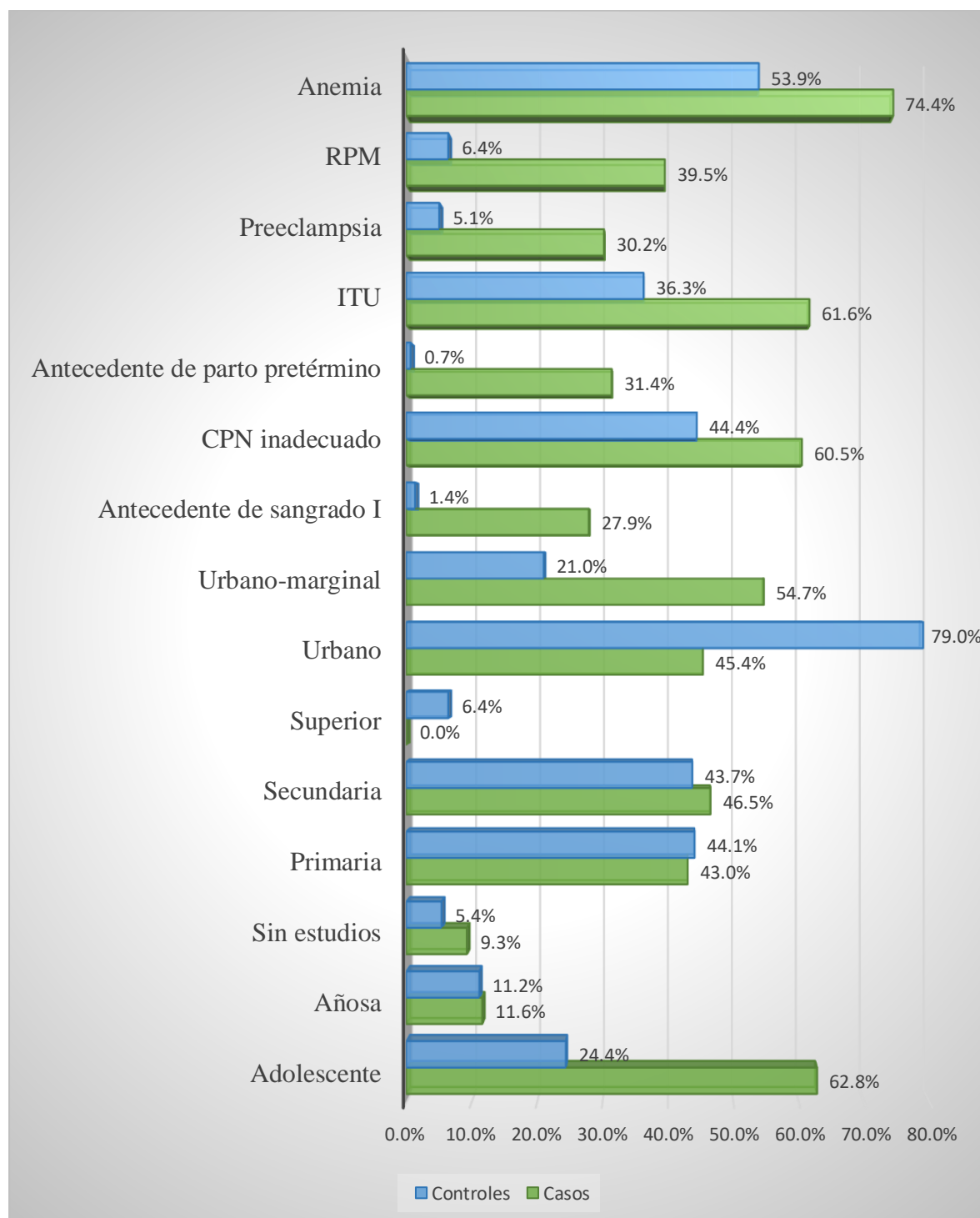
Fuente: Ficha de recolección de datos

≠CPN = control prenatal

‡ITU = Infección del tracto urinario

§RPM = Ruptura prematura de membranas

Gráfico N°03: Relación entre los factores de riesgo con la presentación del parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°05 se presenta el análisis bivariado, mediante el estadístico de prueba chi² y exacta de Fisher, donde se muestran los factores de riesgo estadísticamente significativos para presentar parto pretérmino: edad materna adolescente ($p < 0.001$), no tener un grado de instrucción superior ($p = 0.016$), procedencia ($p < 0.001$), antecedente de sangrado en el I trimestre ($p < 0.001$), CPN inadecuado ($p = 0.009$), antecedente de parto pretérmino ($p < 0.001$), infección de tracto urinario ($p < 0.001$), preeclampsia ($p < 0.001$), ruptura prematura de membranas ($p < 0.001$) y anemia ($p = 0.001$). Para el resto de factores estudiados (edad materna añosa, grado de instrucción primaria y secundaria), no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos.

**Tabla N°05: Análisis bivariado para parto pretérmino en gestantes del Hospital I
Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017.**

Características	Casos	Controles	<i>p</i> *
	N (%)	N (%)	
Edad materna adolescente			
No	32 (37.21)	223 (75.59)	<0.001*
Si	54 (62.79)	72 (24.41)	
Edad materna añosa			
No	76 (88.37)	262 (87.12)	0.909
Si	10 (11.63)	33 (11.19)	
Estudios			
No	8 (9.30)	16 (5.42)	0.193
Si	78 (90.70)	279 (94.58)	
Primaria			
No	49 (56.98)	165 (55.93)	0.864
Si	37 (43.02)	130 (44.07)	
Secundaria			
No	46 (53.49)	166 (56.27)	0.648
Si	40 (46.51)	129 (43.73)	
Superior			
No	86 (100)	276 (93.56)	0.016*
Si	0	19 (6.44)	

Características	Casos	Controles	p*
	N (%)	N (%)	
Procedencia			
Urbano-marginal	47 (54.65)	62 (21.02)	<0.001*
Urbano	39 (45.35)	233 (78.98)	
Antecedente de sangrado en el I trimestre			
No	62 (72.09)	291 (98.64)	<0.001*
Si	24 (27.91)	4 (1.36)	
CPN inadecuado[‡]			
No	34 (39.53)	164 (55.59)	0.009*
Si	52 (60.47)	131 (44.41)	
Antecedente de parto pretérmino			
No	59 (68.60)	293 (99.32)	<0.001*
Si	27 (31.40)	2 (0.68)	
ITU[‡]			
No	33 (38.37)	188 (63.73)	<0.001*
Si	53 (61.63)	107 (36.27)	
Preeclampsia			
No	60 (69.77)	280 (94.92)	<0.001*
Si	26 (30.23)	15 (5.08)	
RPM[§]			
No	52 (60.47)	276 (93.56)	<0.001*
Si	34 (39.53)	19 (6.44)	
Anemia			
No	22 (25.58)	136 (46.10)	0.001*
Si	64 (74.42)	159 (53.90)	

Fuente: Ficha de recolección de datos

* Obtenido por Chi2 y exacta de Fisher (p<0.05)

‡CPN = control prenatal

‡ITU = Infección del tracto urinario

§RPM = Ruptura prematura de membranas

En la tabla N°06 se presenta el análisis de las múltiples variables, al analizar la relación resultaron estadísticamente para presentar un parto pretérmino los siguientes factores asociados: edad materna adolescente (OR ajustado=8.843, p<0.001), procedencia (OR ajustado=0.351, p=0.019), antecedente de sangrado (OR ajustado=19.77, p<0.001), antecedente del parto pretérmino (OR ajustado=97.229, p<0.001), infección del tracto urinario (OR ajustado=3.357, p=0.004), RPM (OR ajustado= 11.694, p<0.001) y anemia (OR ajustado=2.459, p=0.043).

**Tabla N°06: Factores asociados para parto pretérmino en gestantes del Hospital I
Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017.**

Factores de Riesgo	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)*	p*
Edad materna adolescente	5.2 (3.0-9.0)	8.8 (3.6-21.8)	<0.001
Edad materna añosa	1.0 (0.4-2.2)	2.6 (0.7-10.8)	0.174
Estudios	0.6 (0.2-1.6)	0.2 (0.-43.6)	0.519
Primaria	0.9 (0.6 -1.6)	4.0 (0.2-978.5)	0.617
Secundaria	1.1 (0.6-1.8)	9.4 (0.3-2297.9)	0.423
Superior	0 (0-0.65)	1 (-)	-
Procedencia	0.2 (0.1-0.4)	0.4 (0.1-0.8)	0.019
Antecedente de sangrado en el I trimestre	28.1 (9.1-114.1)	19.7 (4.5-87.8)	<0.001
CPN inadecuado[‡]	0.5 (0.3-0.9)	0.9 (0.4-2.1)	0.855
Antecedente de parto pretérmino	67.0(15.8-588.2)	97.2 (15.6-606.2)	<0.001
ITU[‡]	2.8 (1.6-4.7)	3.4 (1.5-7.7)	0.004
Preeclampsia	8.0 (3.8-17.3)	2.2 (0.7-7.4)	0.164
RPM[§]	9.5 (4.8-18.9)	11.7 (4.7-28.9)	<0.001
Anemia	2.5 (1.4-4.5)	2.4 (1.0-5.9)	0.043

Fuente: Ficha de recolección de datos

**A partir de la regresión logística*

‡CPN = control prenatal

‡ITU = Infección del tracto urinario

§RPM = Ruptura prematura de membranas

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los hallazgos más relevantes de este son: la incidencia de parto pretérmino durante el año 2017 fue de 8.04%, y como factores de riesgo para presentar parto pretérmino se encontraron: la edad materna adolescente, procedencia urbano-marginal, antecedente de sangrado, antecedente del parto pretérmino, infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas y anemia.

Son pocos los estudios publicados en el Perú que se han realizado para determinar los factores asociados a parto pretérmino, y a nivel local no se cuenta con estudios de esta categoría, por ello esta investigación contribuye a las futuras investigaciones.

De los factores que se han tomado como referente en esta tesis, la edad materna adolescente fue un factor asociado a parto pretérmino (OR ajustado=8.843, IC 95% 5.2 (3.0-9.0), $p<0.001$), es justificado por, Leal M. y cols. en su investigación realizada en Brasil determinaron que el embarazo adolescente estaba fuertemente asociado al parto pretérmino⁴¹, de igual manera Perez J. y cols. concluyeron como factor de riesgo ser madre menor de 20 años⁴⁵.

Yamashita y cols. obtuvieron como resultado que el principal factor de riesgo fue un parto prematuro espontáneo previo (OR ajustado=2,26; IC al 95%=1.19 a 4.30). Y reportaron que una de cada seis mujeres con antecedente de parto prematuro espontáneo, sufría un nuevo parto prematuro⁴³. Estos resultados son similares a los encontrados por Leal y cols., Retureta y cols., Perez y cols., Ahumada y cols., Cruz y cols., quienes coinciden en determinar que el anterior parto prematuro es un factor fuertemente asociado^{41, 45, 46, 47}. La incidencia de este factor de riesgo para la población de casos de esta tesis fue de 31.40%, en el análisis bivariado presentó un $p < 0.001$, y en el análisis multivariado se determinó como factor de riesgo (OR ajustado =97.2 e IC al 95%=15.6 – 606.2, $p < 0.001$).

El número de controles prenatales en Huancayo se reportó que menores de seis fue un factor de riesgo para parto pretérmino⁴⁴, asimismo en dos hospitales de Lima el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente (Número de CPN<6) resultaron fuertemente asociados^{46, 47}. En la presente investigación, este factor de riesgo tuvo una incidencia en el grupo de casos de 60.47%, sin embargo no presentó significancia estadística (OR ajustado=0.9, $p=0.855$).

En la investigación realizada por Szymusik y sus colegas informaron que el sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo se asoció con mayores tasas de posteriores partos pretérminos con una OR de 2,11 (IC al 95%: 1,43-3,10), considerándose como factor de riesgo importante⁴². En esta investigación demostró significancia estadística (OR=0,97, $p<0.0001$), durante el primer trimestre de gestación.

La ITU al momento del parto fue considerada factor de riesgo en el estudio de Leal M y cols. (OR 4,89; IC del 95% 1,72 a 13,88)⁴¹, lo cual coincide con la investigación de Guadalupe y cols. (OR 3.53; IC del 95% 2,6 a 4.7)²⁴. Y la presente tesis lo reafirma (OR ajustado=3.4, $p=0,004$), representando gran incidencia en la población de casos, con un 61.63%. Existe una relación entre ITU con la RPM, y en este estudio se han visto asociadas las dos variables para el desarrollo de un parto pretérmino, sin embargo en el ámbito nacional Romero y cols. concluyeron que de las variables en mención, sólo la RPM fue considerada como factor de riesgo con un OR 6,58 IC al 95% (2,41-17,92) mientras que la ITU no mostró significancia estadística⁴⁴.

Giacomin y cols. obtuvieron como resultado que el principal factor de riesgo fue la anemia materna durante el tercer trimestre (OR ajustado=2.87)²². La incidencia de este factor de riesgo para la población de casos de esta tesis fue de 74.42%, en el análisis bivariado presentó un $p=0.001$, y en el análisis multivariado se determinó como factor de riesgo (OR ajustado =2.4 e IC al 95%=1.0 – 5.9, $p=0.043$).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES

1. En general se comprueba la hipótesis alterna, que sí hay múltiples factores de riesgo asociados al parto pretérmino.
2. Los factores de riesgo para parto pretérmino con mayor incidencia en el grupo de casos fueron: anemia (74.42%), edad materna adolescente (62.79%) y la infección del tracto urinario (61.63%).
3. La investigación demostró asociación de factores de riesgo maternos para parto pretérmino con significancia estadística, entre los factores sociodemográficos se encontró: la edad materna adolescente, procedencia urbano-marginal. Entre los antecedentes obstétricos se encontró el antecedente de sangrado en el I trimestre, antecedente del parto pretérmino. Y dentro de las patologías asociadas se encontró la infección del tracto urinario, la ruptura prematura de membranas y la anemia.

CAPÍTULO VIII

8. RECOMENDACIONES

1. Debido a que el principal factor de riesgo para parto pretérmino en la población de Paita es la edad materna adolescente, se recomienda la prevención del embarazo adolescente mediante estrategias de acción en el nivel primario (actividades grupales de educación y desarrollo de habilidades desde el ámbito escolar y comunitario, el asesoramiento individualizado desde de los servicios de salud o la mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y de protección)
2. En base al presente estudio realizado se sugiere aprovechar el control prenatal, no sólo para evaluar la evolución del embarazo y el bienestar fetal, sino para educar a la gestante, y su pareja; será conveniente que en la primera cita de control prenatal exigir que en los próximos controles deberá venir acompañada de su pareja o familiar, para poder enseñar a reconocer signos de alarma, que ameriten asistir a un centro de salud más cercano.
3. Hacer un buen despistaje de patologías que con mayor frecuencia acompañan al embarazo y que pueden desencadenar un parto pretérmino, como son las infecciones urinarias, haciendo urocultivos a todas las gestantes durante el control prenatal.
4. Realizar estudios de mayor poder estadístico de tipo prospectivo para una mayor precisión de los resultados.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donoso B., Oyarzún E. Parto prematuro. [Publicación periódica en línea]. 2012. Sep. [Citado: 2018 enero 15]; Medwave; 12 (8). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>.
2. Consenso F.A.S.G.O. [Publicación periódica en línea] 2014. Mayo [Citada: 2018 enero 10]; 13(1). Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Partito_Pretermino.pdf
3. Palencia A. Parto prematuro. [Publicación periódica en línea]. [Citada: 2018 enero 15]. CCAP. 9(4): 10 pp. Disponible en: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf
4. Rellan S., García C. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología [en línea]. España: Asociación Española de Pediatría; 2008. [Citado: 2018 enero 15]. Capítulo 8. El recién nacido prematuro. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
5. OMS. Organización Mundial de la Salud Estadísticas Anuales [Publicación periódica en línea] 2017 Noviembre. [Citado: 2018 enero 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
6. Organización mundial de la Salud. Boletín Informativo. [Publicación periódica en línea] 2010. Enero. [Citado: 2018 enero 15]; 88: (80 pp.). Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
7. El Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en Niños Pequeños. Disponible en: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia_Mundial_del_Nacimiento_Prematuro_CdP_Conjunto.pdf

8. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 [en línea]. Perú: Ministerio de Salud. 2016 Abril. [Citado: 2018 enero 16] 16 pp. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/oegi/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
9. Faneite, P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. [Publicación periódica en línea]. 2012. [Citado: 2018 enero 16]; 72(4):217-220. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n4/art01.pdf>
10. Pohlmann, F.; Kerber N. et. al. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. [Publicación periódica en línea]. 2016 Abril. [Citado: 2018 enero 16]. Revista electrónica trimestral de Enfermería N° 42: 386-397 Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/231881/192531>
11. Illescas, J. Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino. [en línea] 2008 Enero – Marzo. [Citado: 2018 enero 16]. Rev Per Ginecol Obstet.; 54:11-14. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a04v54n1.pdf
12. Rodríguez, R., Rodríguez, E. Epidemiología y factores de riesgo para parto pretérmino en el servicio de Maternidad del Hospital Militar Central [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada; 2010 [Citado: 2018 enero 17]. Disponible en: [http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10282/2/Rodriguez%20Ruben 2010.pdf](http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10282/2/Rodriguez%20Ruben%202010.pdf)
13. Oliveros, M., Chirinos, J. Prematuridad: epidemiología morbilidad y mortalidad perinatal. Rev Per Ginecol Obstet. [Publicación periódica en línea] 2008. Enero-Marzo. [Citado: 2018 enero 17]; 54: 7-10. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a03v54n1.pdf

14. Mendoza L., Claros D., Mendoza L., Arias M., Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Ago [citado: 2018 Ene 17]; 81(4): 330-342. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=es.
15. Reyes I, Ruíz R. Factores de riesgo de parto pretérmino. Estudio caso control Hospital Nacional Sergio E. Bernales mayo – Septiembre 2003. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/362/1/Reyes_mi.pdf
16. Ministerio de Salud del Perú. Gobierno del Perú <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM487-2010-MINSA%20Atenciones%20Obstetricas.pdf>
17. Echemendía B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [Publicación periódica en línea]. 2011 Dic [citado 2018 Ene 17]; 49(3): 470-481. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lng=es.
18. Rodríguez D, del Castillo P, Aguilar C, compiladores. Glosario de Términos en Salud Ambiental. 2da ed. Metepec: Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. Programa de Salud Ambiental. OPS, OMS; 1990.
19. Uría R. Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II – 2 Tumbes, enero a noviembre 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Piura: Universidad Nacional de Piura. 2015

20. Rizo F. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. [Tesis para optar el grado de doctor]. España: Universidad Miguel Hernández. 2012. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/32757/1/tesis_franciscojaviereizo.pdf
21. Aparcana Valdivia, M. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores durante el periodo 2013. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de obstetricia. 2014. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1015>
22. Giacomini L., Leal M. y Moya R. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. [Publicación periódica en línea]. Enero – Marzo 2009. [Citado: 2018 enero 10]; Acta méd. Costarric. 51 (1): 39-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43411949008>
23. Ahumada M, Alvarado G.A. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. [Publicación periódica en línea]. 2011. [Citado: 2018 enero 10]; Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016. 24: e2750. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf
24. Guadalupe S.M., Oshiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Publicación periódica en línea]. 2015. [Citado: 2018 enero 11]; Rev. Fac. Med. Hum. 2017; 17(1):32-42. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/urp/1072/Shessira_Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.
26. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D. S.N° 007-98-SA.Perú. 20 de julio de 2013.
27. Carnero, Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4712/1/Carnero_cy.pdf
28. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto Materno Perinatal. [Publicación periódica en línea]. 2001 Abril. [Citado: 2018 enero 18]. Ginecol Obstet 2001; 47(2): 112-11. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesg_parto.htm
29. Sánchez F., Trelles E., Castanedo R., Lugones M. Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes. [Publicación periódica en línea]. 2003 Feb [citado: 2018 Ene 17]; Rev Cubana Med Gen Integr. 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100006&lng=es.

30. Álvarez C. Hemorragias del primer trimestre. Disponible en:
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8rqH0k-7YAhUBeawKHRjwC08QFggmMAA&url=https%3A%2F%2Faprendeenlinea.udea.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fginecologia_y_obstetricia%2Farticle%2Fdownload%2F17528%2F15129&usg=AOvVaw2ZqmI6YJci8T_4SWvKfBv1
31. Miñano M. K. Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2016 [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano] Trujillo: Universidad Privada Atenor Orrego. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2249>
32. Chira JL, Sosa JL. Factores de riesgo para parto pre término en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense. [Publicación periódica en línea] 2010. [Citado: 2018 enero 16] Vol. 2 (2). Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201/222>
33. Sam Fernández D. M, Zatta Córdor J. E. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo durante el 2014 [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/564/BC-TES-4674.pdf?sequence=1>
34. Losa E., González E., González G. Factores de riesgo del parto pretérmino. [Publicación periódica en línea]. 2006 Febrero. [Citado: 2018 enero 16] Vol-49 (2): 57-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501306725675>

35. Moore E, Blatt K, Chen A, et al. Relationship of trimester-specific smoking patterns and risk of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Jul. [Citado: 2018 enero 30] 215(1): 109.e1-6. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.01.167
36. MINSA Oficina general de tecnologías de la información. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 Registrados en Línea. [Internet]; 2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
37. Olivos L. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital II-2 – Santa Rosa de Piura, 2016. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Piura: Universidad Nacional de Piura.
38. Lockwood C. Pathogenesis of spontaneous preterm birth. In: Uptodate, Barss MM (Ed), Up To Date, Waltham, MA, 2016.
39. 45. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5): 1122. Disponible en: <https://www.acog.org/~media/Task%20Force%20and%20Work%20Group%20Reports/public/HypertensioninPregnancy.pdf>
40. Duff P. Preterm premature (prelabor) rupture of membranes. In: Uptodate, Barss V (Ed), Up To Date, Waltham, MA, 2016.
41. Leal M, Esteves A, Nakamura , et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health.* 2016; 13(Suppl 3): 127. DOI: 10.1186/s12978-016-0230-0

42. Szymusik I, Bartnik P, Wypych K, et al. The association of first trimester bleeding with preterm delivery. *J Perinat Med.* 2015; 43: 525–9. DOI: 10.1515/jpm-2015-0063
43. Yamashita M, Hayashi S, Endo M, et al. Incidence and risk factors for recurrent spontaneous preterm birth: A retrospective cohort study in Japan. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015 Nov; 41(11): 1708-14. DOI: 10.1111/jog.12786
44. Romero A, Cuba V. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital materno infantil de Huancayo – Perú. *Revista Científica de la Facultad de Medicina Humana de UPLA.* 2013; 4(1): 50-62. Disponible en: https://issuu.com/uplacomunidad/docs/revista_cientifica_4_1_2013/51
45. Pérez J, Panduro G, Quezada C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(10):607-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom1110d.pdf>
46. Ahumada M, Alvarado G. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24: p. e2750. DOI: 10.1590/1518-8345.0775.2750
47. Cruz M. Factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. [tesis de grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ; 2015. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4068>

10. ANEXOS

10.1. Instrumentos para la recolección de datos (ANEXO 1)

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I.- DATOS GENERALES

N° Historia Clínica

N° Ficha de Recolección

Tipo de Parto	
Parto pretérmino	
Parto a término	

Fecha de atención del parto		
Día	Mes	Año

II.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad Materna		
< 20 años	20 - 34 años	> 34 años

Procedencia		
Urbano		
Urbano-marginal		

Grado de Instrucción	
Sin estudios	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

III.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Control Pre natal **	
Ninguno	
< 6 semanas	
≥ 6 semanas	

Antecedente de sangrado I trimestre	
SI	
NO	

Antecedente de parto pretérmino	
SI	
NO	

IV.- FACTORES PATOLÓGICOS

Infección del tracto urinario (ITU)	
Preeclampsia	
Ruptura prematura de membranas (RPM)	
Anemia	

** Control Prenatal	
< 6 semanas	: No controlada
≥ 6 semanas	: Controlada